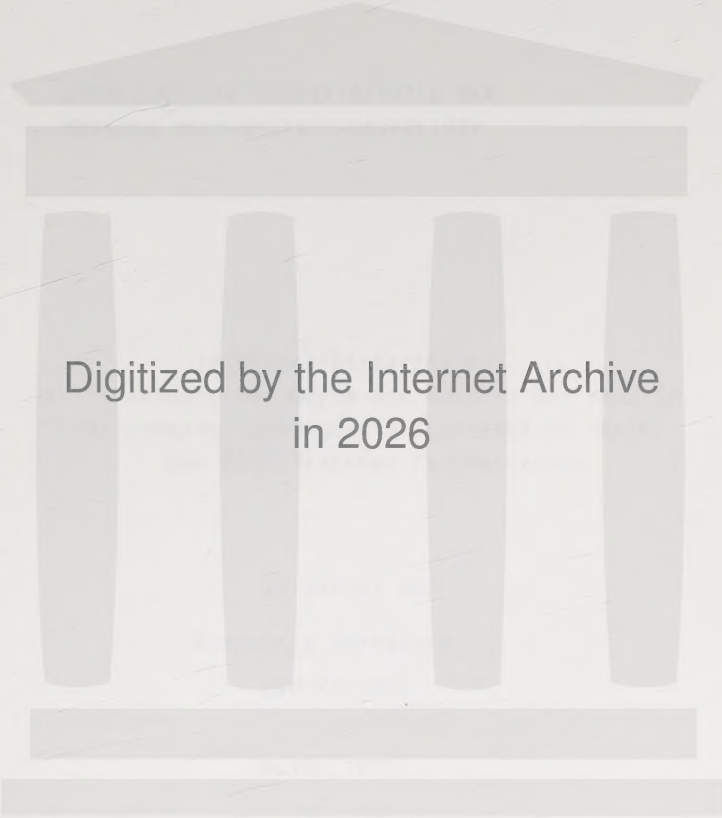


LÉTALITÄTS - ZWISCHENSTATISTIK
DER MAINZER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK

HANNELORE HOFFGAARD

1979



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552610_0044

Aus der Hautklinik
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leiter: Prof.Dr.med.G.W.Korting

LETALITÄTS-ZWISCHENSTATISTIK DER
MAINZER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Hannelore Hoffgaard
aus Rostock

Mainz 1979

Fachbereichsdekan:

Professor Dr. E. Straub

1. Gutachter:

Professor Dr. G.W. Korting

2. Gutachter:

Professor Dr. K. Bork

Tag der mündlichen Prüfung:

23. Mai 1979



Gesamtherstellung



DITTERS BÜRODIENST

6501 HEIDESHEIM/RHEIN

AM KAPELLECHEN 1 · RUF 0 6132 / 57 11

Meinen Eltern

in Dankbarkeit

Das Letalitätsproblem in einer Hautklinik wurde zum ersten Mal auf Veranlassung von Gottron durch Maasböl in der Berliner Charité Hautklinik bearbeitet. Maasböl erstellte in seiner Dissertationsarbeit 1936 eine Letalitätsstatistik über die in der Zeit von 1920 bis 1934 ad exitum gekommenen Patienten dieser Klinik.

Eine ähnliche Zusammenstellung erfolgte im amerikanischen Schrifttum über das dermatologische Letalitätsbeobachtungsgut des County-Hospitals Los Angeles im Jahre 1940 bis 1946 (Levan und Sternberg, 1949).

In den letzten 25 Jahren erschienen dann vereinzelte Arbeiten aus verschiedenen Kliniken, wie die von Ahrens 1952 aus Würzburg. Er bearbeitete die Zeit von 1922 bis 1951. In Tübingen veröffentlichte Hauff 1956 eine Letalitätsstatistik, die Zeit von 1945 bis 1955 betreffend. Schmidt untersuchte die Letalität in der Universitätshautklinik Gießen für die Zeit von 1925 bis 1960. Grigull stellte eine Letalitätsstatistik aus

der Universitäts-Hautklinik Leipzig von 1920 bis 1957 in seiner Dissertationsarbeit 1961 auf.

Eine umfassende Bearbeitung der dermatologischen Letalitätsprobleme mit Einbeziehung der vorher erschienenen Arbeiten und deutlicher Erweiterung der Frage solcher Letalitätsprobleme in der Dermatologie wurde 1963 von Gottron und Korting erbracht.

Damit erschien eine erste ausführliche Übersicht über die Letalität in der Dermatologie. Es wurde nicht nur über diese, sondern über die gesamte Problematik der Mortalität, des Mortalitätswandels einschl. der Säuglingssterblichkeit berichtet.

Weitere Letalitätsstatistiken folgten darauf 1964 von Meyer aus der Hautklinik Mannheim für die Zeit von 1933 bis 1963. Bryde berichtete aus Tübingen von 1957 bis 1966, Miersch aus der Humboldt-Universität Berlin von 1950 bis 1969, Korting und Denk aus der

Universitäts-Hautklinik Mainz von 1959 bis 1969, und Herchenheim stellte im Jahre 1974 eine Letalitätsstatistik für die Zeit von 1950 bis 1969 aus der Universitäts-Hautklinik Hamburg-Eppendorf auf.

Die folgende Übersicht (I) gibt Auskunft über die oben erwähnten Arbeiten mit der Zahl der stationär behandelten Patienten, der Anzahl der Todesfälle, der Letalitätsziffer und der Aufgliederung nach männlichen und weiblichen Patienten.

Übersicht I

Bearbeitete Letalität insgesamt aus den folgenden Hautkliniken in den Jahren 1920 bis 1969

Verfasser	Hautklinik	von bis	Zahl der stat.beh. Patienten	Todesfälle	Let. %	männl	%	weibl.	%
Maasböhl	Berlin-Charité	1920-1934	15.362	191	1,2	108	56,5	83	43,6
Grigull	Leipzig	1920-1937	81.000	526	0,6	247	46,5	279	53,5
Ahrens	Münzburger	1922-1951	34.084	98	0,3	54	55,1	44	44,9
Schmidt	Gießen	1925-1960	61.660	147	0,23	60	40,3	87	59,2
Meyer	Mannheim	1933-1963	30.789	155	0,5	83	53,5	72	46,5
Miersch	Berlin-Charité	1950-1968	30.082	288	0,96	133	46,2	155	53,8
Massius	Berlin-Buch	1951-1966	16.516	196	1,18	68	34,7	128	65,3
Herchenheim	Hamburg	1950-1969	36.178	329	0,91	138	41,9	191	58,1
Korting u. Denk Mainz		1959-1969	4.686	115	1,2	59	51,3	56	48,7
310.357				2045		950	426	1095	

Wie die Zusammenstellung zeigt, ist zwar der Gesamtletalitätsanteil in einer Hautklinik nur gering, aber jedoch nicht so, um ihn im Hinblick auf die Gesamtmortalität zu vernachlässigen.

Neue Eigenbearbeitung

Im Folgenden soll nun in direktem Anschluß an die aus der Hautklinik Mainz vorausgegangene Studie von Korting und Denk das nachfolgende Letalitätsbeobachtungsgut gesichtet werden.

In der Zeit vom 1.4.1969 bis 31.10.1978 wurden in der Universitäts-Hautklinik Mainz insgesamt:

12.963 Patienten stationär behandelt.

Von diesen Patienten verstarben:

157 Patienten = 1,2 %

Tabelle 1

Gesamtzahl der stationär behandelten Patienten:	12.963
Gestorbene Patienten:	157
Letalität:	1,2 %
Unter den 157 verstorbenen Patienten befanden sich:	
Frauen	89 = 56,7 %
Männer	68 = 43,3 %

Die Abb. 1 zeigt die Todesfälle der Univ.-Hautklinik Mainz, aufgegliedert nach der Anzahl in männl. und weibl. verstorbenen Patienten in dem jeweiligen Jahr.

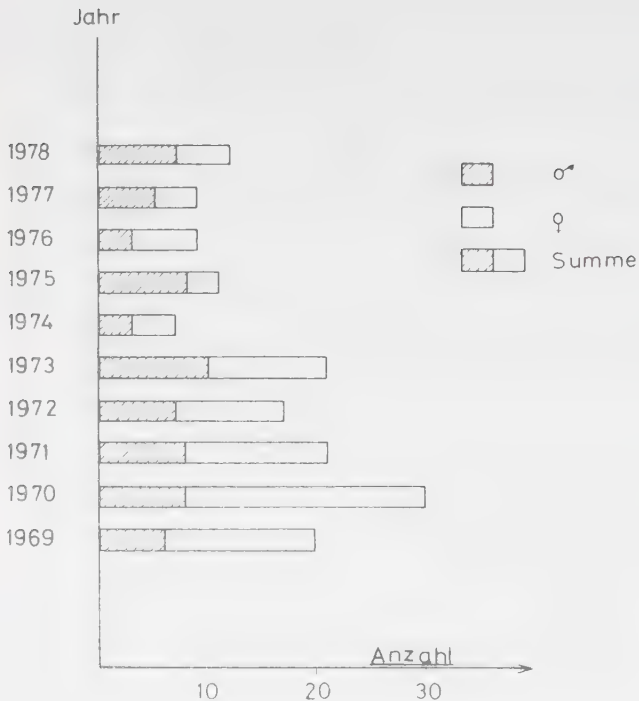


Abb.1: Anzahl der Todesfälle der Universitäts - Hautklinik

Das Durchschnittsalter aller verstorbenen
Patienten beträgt: 64 Jahre

 ♂ " = 63 Jahre

 ♀ " = 65 Jahre

 Summe

Anzahl

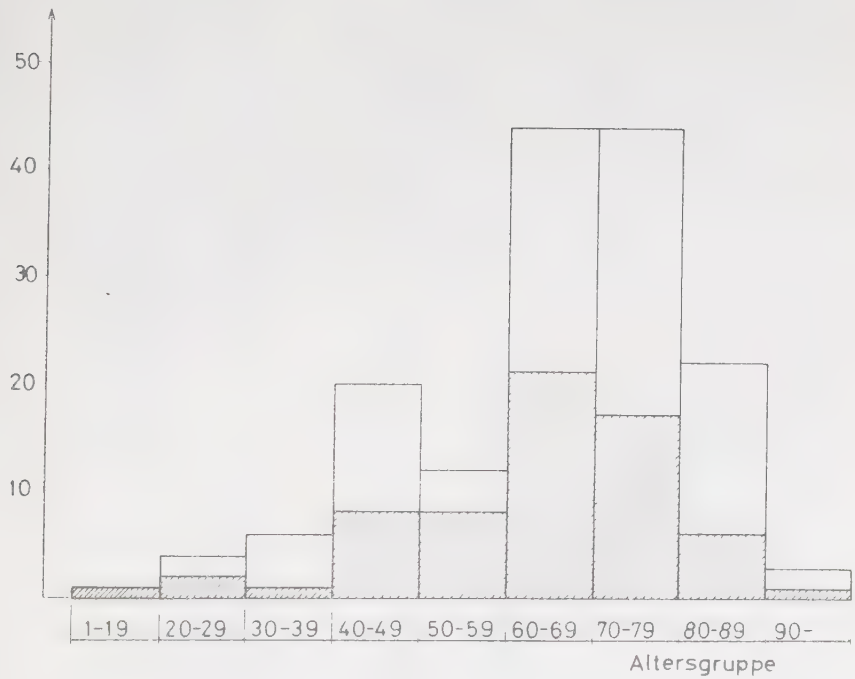


Abb. 2: Darstellung der Todesfälle nach Altersgruppen.

Von den 157 ad exitum gekommenen Patienten wurden 73 = 46,5 % einer Obduktion unterzogen.

Von den 89 Frauen wurden 40 seziert = 25,5 %.

Die Zahl der Obduktionen bei den insgesamt 68 Männern betrug 33=48,5%.Daraus ist ersichtlich, daß ca. die Hälfte sowohl von den männlichen als auch von den weiblichen Patienten einer Obduktion zugeführt werden konnten.

Die dermatologischen Krankheiten bzw. die dermatologischen Erscheinungsformen einer nicht-dermatologischen Grunderkrankung, die zu einer stationären Behandlung in der Universitäts-Hautklinik Mainz ad exitum führten, sind nach Häufigkeit in Tabelle 2 zusammengefaßt.

Tabelle 2

Dermatologische Krankheiten mit Todesfolge
bei 157 verstorbenen Patienten

Dermatologische Diagnose	männlich		weiblich		Gesamt
	m. Sekt.	o. Sekt.	m. Sekt.	o. Sekt.	
Melanom	4	16	4	16	32
Multiple spinocelluläre Carcinome	1	3		12	3
Spiegler'sche Tumoren mit maligner Entartung		2	2		2
Morbus Bowen mit Metastasen	1				1
Cutane Metastasen eines Mamma-Ca.			6	12	12
Hautmetastasen bei Collum uteri Ca				1	1

1
9
1

Tabelle 2

Dermatologische Krankheiten mit Todesfolge
bei 157 verstorbenen Patienten

Dermatologische Diagnose	männlich m. Sekt. o. Sekt.	weiblich m. Sekt. o. Sekt.	Gesamt
Hautmetastasen eines Scrotal-Ca	1		1
chron. lymph. Leukämie	1		1
Lymphogranulomatose	1		1
Retikulosen, kleinknotige Retikulose, Retothelsarkom	3	2	5
Mycosis fungoides	1	2	7
Sézary-Syndrom	1	1	2

Tabelle 2

Dermatologische Krankheiten mit Todesfolge
bei 157 verstorbenen Patienten

Dermatologische Diagnose	männlich m. Sekt. o. Sekt.	weiblich m. Sekt. o. Sekt.	Gesamt
Plasmocytom	1 2		2
Progressive Sklerodermie	3 4	3 5	9
Dermatomyositis	1 1	1 1	2
Multiple Keratoakanthome bei sidero- achr. Anämie	1 1		1
Morbus Darier		1 1	1
Alterspemphigus	1 2	2 2	4

Tabelle 2

Dermatologische Krankheiten mit Todesfolge
bei 157 verstorbenen Patienten

Dermatologische Diagnose	männlich m.Sekt. o.Sekt.	weiblich m.Sekt. o.Sekt.	Gesamt
Pemphigus vulgaris		1 1	1
Pemphigus foliaceus	1	1 1	2
Dermatitis herpetiformis Duhring	1	1 1	2
epidermolysis acuta toxica (Lyell-Syndrom)		2	2
" " mit Lues latens		2	2
Verbrennung I.-II.Grades des Gesichtes und des Ohres		1	1
Toxisches Exanthem	1	1	1

Tabelle 2

Dermatologische Krankheiten mit Todesfolge
bei 157 verstorbenen Patienten

Dermatologische Diagnose	männlich m. Sekt. o. Sekt.	weiblich m. Sekt. o. Sekt.	Gesamt
Ulcus cruris	2 3	4 10	13
Arterielle Verschußkrankheit	2 5	2 2	7
arteriosklerotische Gangrän		2 2	2
diabetische Gangrän	? 2	1 1	3
Ulcerationen bei chron. Niereninsuffizienz, + 2. bei Prostata-Ga	1 1	1 1	2
Decubitalulcera bei M.S., Soor + 2. bei Morbus Bechterew	1 1	1 1	2

Tabelle 2

Dermatologische Krankheiten mit Todesfolge
bei 157 verstorbenen Patienten

Dermatologische Diagnose	männlich m. Sekt. o. Sekt.	weiblich m. Sekt. o. Sekt.	Gesamt
Thrombophlebitis superficialis bei Colon Ca bei Prostata Ca	1 1	2 2	3
Phlegmasia caerulea dolens		1	1
Capillaritis alba		1	1
Erysipel			
Erysipel bei Pickwick-Syndrom		3 1 1 1	4
Unterschenkelphlegmone bei Diabetes mellitus		1	1
vegetierende Pyodermie bei Panzyto- penie		1	1

Tabelle 2

Dermatologische Krankheiten mit Todesfolge
bei 157 verstorbenen Patienten

Dermatologische Diagnose	männlich m.Sekt. o.Sekt.	weiblich m.Sekt. o.Sekt.	Gesamt
Herpes zoster	1 3	2 2	5
Scrofuloderm		1 1	1
Tuberculosis cutis		1 1	1
Lupus erythematosus acutus	1 1		1
Lupus erythematosus chronicus c. exacerbatione acuta		1 1	1
Seborrhoische Alterserythrodermie	1 1	1 1	2
psoriatische Erythrodermie	1 1		1

Tabelle 2

Dermatologische Krankheiten mit Todesfolge
bei 157 verstorbenen Patienten

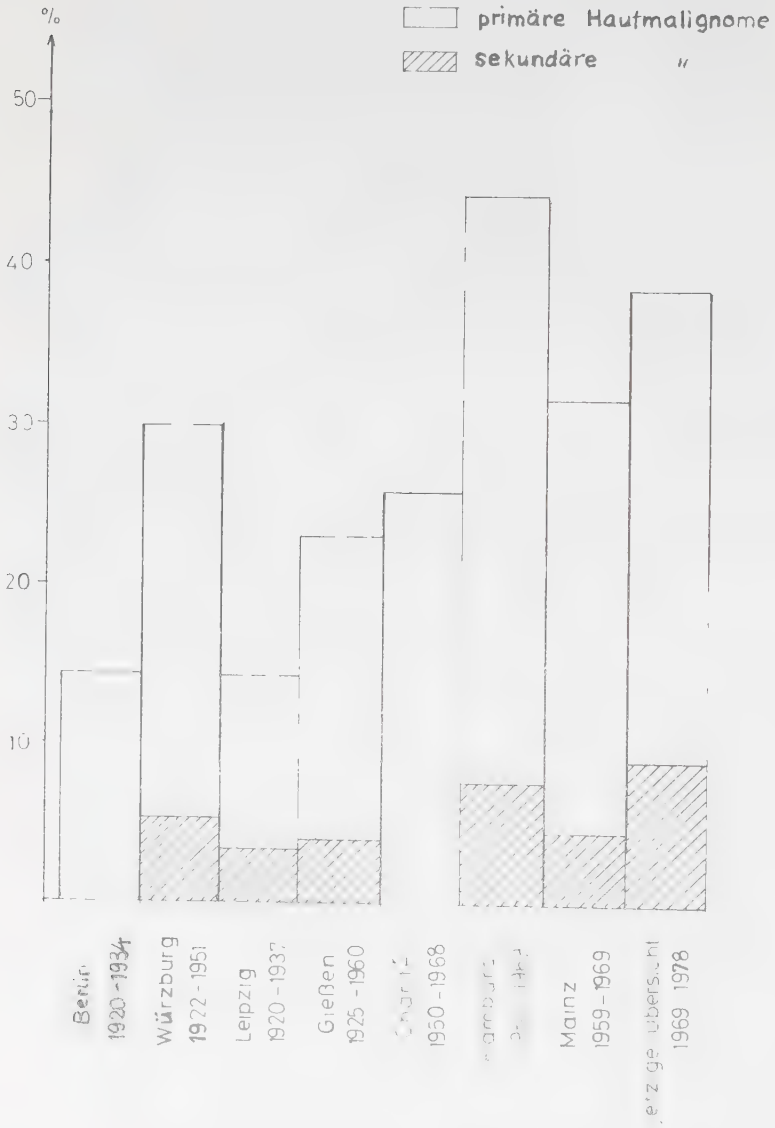
dermatologische Diagnose	männlich m.Sekt. o.Sekt.	weiblich m.Sekt. o.Sekt.	Gesamt
Psoriasis arthropathica	2 1	1 1	3
Tinea pedum, Elephantiasis beider Unterschenkel		1 1	1
Elastosis perforans serpiginosa	1		1
Morbus Recklinghausen	1 1		1
Rothmund-Thomson-Syndrom		1 1	1
Generalisierter Soor	1		1
	68	89	157

Aus der vorangehenden tabellarischen Übersicht wird ersichtlich, daß von den insgesamt 157 verstorbenen Patienten 86 an einem malignen Leiden erlegen sind. Das entspricht 54,8 %. Danach entfallen auf maligne Hauttumoren 29,3 %. Vergleicht man diese Zahl mit der der vorausgegangenen Studien, so zeigt sich gegenüber diesen deutlich eine Zunahme der malignen Hauterkrankungen. Ganz deutlich wird dies besonders bei dem Vergleich mit den beiden ältesten Arbeiten. Es sind die aus Berlin, die Zeit 1920 bis 1934 betreffend und die aus Leipzig, die über die Jahre 1920 bis 1937 aussagt.

Übersicht 2

Art d. Erkrankung	Berlin-Charité 1920 -1934	Leipzig 1920 -1937	Würzburg 1922 -1951	Gießen 1925 -1960	Berlin-Charité 1950 -1968	Hamburg 1950 -1969	Mainz 1959 -1969	jetzt. Übers.
Tod durch	% 14,4	% 11,32	% 24,5	% 18,8	% 25,69	% 32,83	% 26,9	% 29,3
Melanom Platten- epithel-Ca Hautsarkom Plasmocytom								
Tod durch sec.Haut-Ca resp.cut. Metastasen eines anderen Organmalignoms		3,13	5,1	4,02		7,6	4,5	8,9
Gesamtausmaß d. Todes durch maligne Haut- tumoren	14,4%	14,45%	29,6%	22,82%	25,69%	40,43%	31,4	38,2%

Darstellung der Todesfälle durch Hautmalignome



Wie besonders die graphische Darstellung vor Augen führt, wurde mithin im Laufe der Jahre 1920 bis 1978 in den verschiedenen Hautkliniken ein zunehmender Anstieg des Todes durch maligne Hauttumoren beobachtet.

Hingegen ist das Letalitätsausmaß bei den Reticulo-granulomatosen bzw. der chronischen Lymphome im Vergleich mit den früheren erstellten Arbeiten fast gleich geblieben. Die Letalität dieser Erkrankungsgruppe beträgt bei der jetzigen Auswertung 7,7 % und bewegt sich somit ungefähr im Rahmen der Prozentzahlen der vorherigen Studien.

Über den Letalitätsanteil der genannten Kliniken der Reticulo-Granulomatosen bzw. der chronischen Lymphome unterrichtet die Übersicht 3.

Übersicht 3

Art d. Erkrankung	Leipzig 1920 -1937	Würzburg 1922 -1951	Tübingen 1945 -1955	Berlin-Charitê 1950 -1969	Mainz 1959 -1969	jetzige Übersicht 1969-1978
Reticulo-granulomatosen	11,80%	10,22%	9,5%	14,15%	7,04%	7,7%

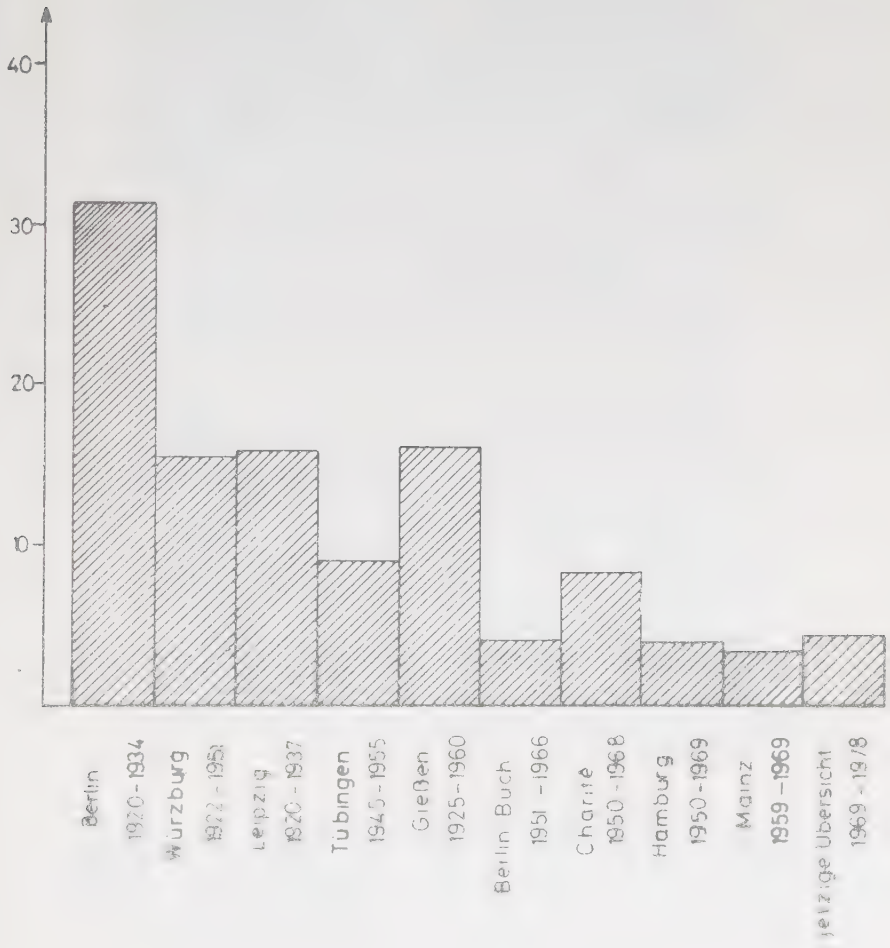
Auch über die Kollagenosen, z.B. die progressive Sklerodermie, mit 9 Patienten und über die Dermatomyositis mit zwei Patienten, also insgesamt ein Letalitätsanteil von 7,6% ist dasselbe zu sagen wie über die Reticulo-Granulomatosen. Auch hier ist im Vergleich mit den vorhergehenden Statistiken keine nennenswerte Änderung im Letalitätsanteil festzustellen.

Jedoch hat ein erheblicher Letalitätswechsel bei einer anderen Erkrankungsgruppe stattgefunden. Es handelt sich um den Formenkreis der Pemphigus-Gruppe. Die Zahl der Erkrankten betrug in dem bearbeiteten Zeitraum 7 = 4,4 %. Dem stehen die Vergleichszahlen der vorausgegangenen Studien in unten stehender Übersicht gegenüber.

Übersicht 4

Art d. Erkrankung	Berlin-Charité 1920-1934	Leipzig 1929-1937	Münch. 1922-1951	Gießen 1925-1960	Tübingen 1945-1955	Berlin-Charité 1950-1968	Münch. 1950-1969	Berlin 1951-1966	Mainz 1959-1969	gest. Lien-ster 1969-1971
Pemphigusgruppe	2,4	16,7	15,3	10,1	7	4,4	1,3	1,8	2,1	1,4

Darstellung der Todesfälle durch Pemphigus-Erkrankung



Der Letalittswandel ist in dieser Gruppe mit Sicherheit auf eine sich immer weiter entwickelnde Chemo- und Antibiotica-Therapiemöglichkeit zurückzuführen, so daß diese, noch vor 50 Jahren an erster Stelle der Sterblichkeit stehende Erkrankung an den Dermatologischen Kliniken, heute beinahe auf ein Minimum zurückgegangen ist. Es ist ferner zu sagen, daß, wenn heute Patienten mit einem Pemphigus ad exitum geraten, diese ein sehr hohes Alter haben und noch andere Krankheitsbefunde aufweisen. Später wird dies noch aufzuzeigen sein.

Wichtig zu erwähnen ist, daß die noch in den vorherigen Statistiken aufgeführten Todesfälle durch Tuberkulose, Lues und Ekzem heute fast verschwunden sind. Auch hier ist die Ursache in einer besseren Therapiemöglichkeit zu suchen. Ober die Höhe des Letalititsanteiles der drei Erkrankungen in den verschiedenen Dezenien gibt die jetzt unten nachfolgende Übersicht Aufschluß.

Übersicht 5

Art d. Erkrankung	Berlin-Charit 1920 -1934	Leipzig 1920 -1937	Würzburg 1922 -1951	Gießen 1925 -1960	Hamburg 1950 -1969	Berlin-Buch 1951 -1966	Mainz 1959 -1969	jetzt. Übersicht 1969 -1978
Tuberkulose	9,2%	2,16%	6,12%	2,01%	0,6%	0,51%	-	1,3%
Lues	11,8%	13,0%	5,1%	4,62%	1,03%	-	0,7%	0,6%
Ekzem	2,6%	7,95%	1,02%	8,72%	4,86%	22,96%	1,4%	-

Obwohl doch im Vergleich zu früher durchgeführten Studien eine gewisse Anzahl von dermatologischen Krankheiten heute nur noch mit einer ganz geringen Letalität behaftet ist, sogar andere gar nicht mehr letal in Erscheinung treten, ist dennoch der Prozentsatz an dermatologischer Letalität geblieben bzw. angestiegen, was zum Teil sicherlich mit dem hohen Durchschnittsalter der Patienten in den Hautkliniken zusammenhängen dürfte. Über die Zunahme der malignen Hauttumoren wurde schon vorher gesprochen. Aber im Vergleich der Übersichten aus den verschiedenen Jahren fällt auf, daß eine andere letal bedeutsame Erkrankungsgruppe erheblich zunimmt. Es ist die der arteriellen Verschlußkrankheit sowie die des Ulcus cruris. Die arterielle Verschlußkrankheit ist in früheren Statistiken nicht einmal erwähnt, wohl aber das "Ulcus cruris" bei Maasböl mit 0,65%, es ist jetzt bei dieser fraglos älteren Patientengruppe mit einer Letalität von 8,3% behaftet. Dazu kommen 7,6% an Letalität durch arterielle Verschlußerkrankungen. Die Ursache der Zunahme dieser Erkrankung hängt u.a. , wie

schon wiederholt betont, mit dem Erreichen eines höheren Lebensalters zusammen. Es ist deshalb wichtig, daß aus der Tabelle 2 die Anzahl der Patienten herausgezogen wird, die nun tatsächlich auch an einer dermatologischen Grunderkrankung ad exitum gekommen sind.

Tabelle 3

Todesfälle verursacht durch ein dermatologisches Grundleiden

Diagnose	Todesursache	Männer	Frauen	Gesamt	Durchschnittsalter	Letalitätsanteil in %
Spinaliom	ausgedehnte Metastasierung	15	16	32	54,6	20,4
Basaliom	ausgedehnte Metastasierung	3		3	57,3	1,9
Epitheliom mit Metastasierung	ausgedehnte Metastasierung	1	1	2	62	1,3
Epitheliom ohne Metastasierung	Metastasierung		1	1	72,5	0,6
Reticulosen	1. Metastasierung, schwere Kachexie, HKV 2. ausged. Metastasierung, Anasarka, 3. hochgradige Tumorkachexie, Reticulose, Sarkom, zun. respir. Insuffizienz	2	1	3	57,2	1,9

HKV = Herz-Kreislauf-Versagen

Tabelle 3

Todesfälle verursacht durch ein dermatologisches Grundleiden

Diagnose	Todesursache	Männer	Frauen	Gesamt	Durchschnittsalter	Letalitätsanteil in %
Met.Retothelsarkom	hochgradige Tumorkachexie u. HKV		1	1	78	0,6
Mycosis fungoides	1. HKV, red. AZ, allgem. Verfall 2. Niereninsuffizienz, Anurie, Pneumonie, Lungenödem 3. Extr. Kachexie, Kreisl. Versagen, großfl. Erosionen u. macerierte Infiltrate 4. Kachexie, große Ulcerationen, HKV, diff. M.f. d. Leber u. Nieren 5. HKV bei Anurie, diff. kachektischer Verfall 6. M.f. im Tumor-Stadium 7. Tumor-plaques Stadium, Herzversagen, Herz- u. Lungenödem	2	5	7	69,8	4,4

Tabelle 3

Todesfälle verursacht durch ein dermatologisches Grundleiden

Diagnose	Todesursache	Männer	Frauen	Gesamt	Durchschnittsalter	Letalitätsanteil in %
Dermatomyositis	1. Lungenödem 2. Herzversagen	1	1	2	77,5	1,3
Progressive Sklerodermie	1. cerebrale Massenblutung bei Hypertonie, Nephrosklerose 2. Herzinsuff., Nephro- u. Coronarsklerose 3. Aponlexie 4. Cerebro-vasculäre Insuffizienz 5. Herzinsuffizienz bei ubiquitärem Organbefall durch interstitiell fibr. Veränderungen 6. HKV 7. urämische Pericarditis u. Pericarderguß bei typ. Befunden des Endzustandes der Sklerodermie, Nephro-, Coronarsklerose Lungenfibrose	3	4	7	58,3	4,5

Tabelle 3

Todesfälle verursacht durch ein dermatologisches Grundleiden

Diagnose	Todesursache	Männer	Frauen	Gesamt	Durchschnittsalter	Letalitätsanteil in %
Lupus erythematoses acutus	Lupus erythematoses diss. mit Befall der Nieren, des Herzens u. des Cerebrums, Polyserositis, HKV	1		1	18	0,6
Lupus erythematoses chron. C. Exacerbatione	diss. Befall, Polyserositis, HKV		1	1	47	0,6
Epidemiolysis bullosa acuta toxica (Lyell-Syndrom)	Sepsis, HKV, Abscedierungen der Lungen, des Herzmuskel und Nierengewebes		1	1	34	0,6
Elastosis perforans serpiginosa	Nierenarterienabriß durch Heben einer Last	1		1	24	0,6
		30	32	62 = 39,5 %	56,3	39,3

Es geht somit aus Tabelle 3 hervor, daß 62 Patienten = 39,5% einer dermatologischen Grunderkrankung erlegen sind mit einem Durchschnittsalter von 56,3 Jahren. Die dermatologischen Grunderkrankungen stammen hauptsächlich aus dem malignen Formenkreis.

Unter den hier aufgezeichneten Erkrankungen steht das Melanom mit 32 Patienten an erster Stelle. Das entspricht 51,6% des Letalitätsanteiles an den Erkrankungen mit einer dermatologischen Grunderkrankung.

Das Melanom gilt immer noch bei aller offensichtlicher Zunahme dieser Tumorform als ein verhältnismäßig selten zu beobachtender Tumor. Ob das weibliche Geschlecht in einem höheren Anteil befallen ist als das männliche, wird zwar manchmal behauptet z.B. 1 zu 1,5, trifft aber nicht durchweg für alle Kollektive zu, auch nicht in der jetzigen Beobachtung.

Es ist bekannt, daß es beim Melanom frühzeitig zur spezifischen Lymphknotenbeteiligung kommt, die sich jedoch als Mikrometastase der Palpation häufig entzieht. Es ist deshalb auch nicht verwunderlich, daß sämtliche Patienten über die im Folgenden berichtet wird, erst mit regionären Lymphknotenmetastasen in stationäre Behandlung kamen, ehe der Tumor einer Behandlung zugeführt werden konnte.

Von den 32 Melanomtodesfällen waren das männliche wie das weibliche Geschlecht in dieser Zusammenstellung gleichermaßen beteiligt, nämlich 16 zu 16. Einer Obduktion konnten 4 männliche und 4 weibliche Patienten zugeführt werden. Das durchschnittliche Lebensalter betrug bei den Männern 57,3 Jahre, bei den Frauen 53,9 Jahre. Die Erkrankungszeit bei männlichen Patienten betrug durchschnittlich 2,14 Jahre, bei den weiblichen Patienten 2,8 Jahre. Das maligne Melanom kann in allen Altersstufen vorkommen. Im Kindesalter etwa zu 1 %. (s. Korting u.Bork).

In dermatologischen Statistiken zeigt der Altersaufbau der Melanome einen Gipfel bei 50 bis 60jährigen Männern und ein etwa gleich häufiges Auftreten zwischen dem 50. und 80. Lebensjahr beim weiblichen Geschlecht (s. Korting u. Bork). Im Mainzer Beobachtungsgut ergab sich für Melanomfälle ein Durchschnitt von 52,3 Jahren (Korting, 1964). Etwas später hat Pulakos in einer Dissertation ein Durchschnittsalter von 50,85 Jahren errechnet, bei einem geringen Überwiegen des weiblichen Geschlechts mit 55,8 %. Von diesen 32 Patienten hat keiner die 5 Jahresgrenze überschritten. Es ist daraus ersichtlich, wie wichtig die Früherkennung für die Lebenserwartung des betreffenden Patienten ist. Die Lebenserwartung ist im Stadium I der Tumorausbildung über 5 Jahre 40,5 %, im Stadium II nur noch 14,1 %, im späteren Stadium infaust. Auch eine Überlebenszeit von über 5 Jahren kann nicht als endgültige Heilung des malignen Melanoms gelten, da bei diesem Tumor auch noch Spätmetastasierungen von 5 und mehr Jahren vorkommen.

Sämtliche 32 an Melanom ad exitum gekommenen Patienten, über die hier berichtet wird, starben nach eingehender Durchsicht der Krankenblattunterlagen bzw. der Sektionsprotokolle an einer ausgedehnten Metastasierung. Die häufigste Form der Metastasierung waren neben Lymphknotenmetastasen Haut-, Lungen-, Hirn-, Knochen- und Abdominalmetastasen, insgesamt eine massive generalisierte Metastasierung.

Aus dem Aufgezeigten geht hervor, daß der Anteil der Melanom-Exitus-Fälle bei der Gesamtletalität in der Universitäts-Hautklinik Mainz bei 20,4% liegt.

In der vorausgegangenen Studie der hiesigen Klinik (Korting u. Denk) lag sie bei 18,2 %. Vergleicht man sie jedoch mit der Studie von Maasböl, liegt diese Ziffer somit heute entschieden höher. Über die Ursache der Zunahme der malignen Melanome kann bis zur Stunde keine eindeutige Erklärung abgegeben werden.

Zu den übrigen Hautmalignomen, die zu einem letalen Ende führten, zählen 3 spinocelluläre Carcinome. Die drei Patienten waren männlich mit einem Durchschnittsalter von 57,3 Jahren und einer Erkrankungsdauer von 1 1/4 bis 2 Jahren. Die Todesursache war auch hier

eine ausgeprägte Metastasierung.

Bei zwei Patienten mit einem Morbus Bowen lag eine ausgedehnte Cutan- und Organmetastasierung vor. Es handelte sich um 1 männlichen und 1 weiblichen Patienten mit einem Durchschnittsalter von 69 Jahren und einer Erkrankungsdauer von ca. 1 1/2 Jahren.

Als letzte hier zu berichtende bösartige Hauttumoren sind maligne entartete Spiegler'sche Tumoren bei einer 72,5 jährigen Frau anzuführen. Das Leiden bestand bereits seit 23 Jahren. Erst in kurzer Zeit entarteten diese Tumoren. (Ausführliche Darstellung: "Kurzer Bericht über einen maligne entarteten Spiegler-Tumor." Korting ,G.W., N.Hoede u. R.Gebhardt: Derm.Wschr. 156, S. 141-147, 1970).

Aus dem bisher Ausgeführten geht hervor, daß sämtliche Haut-Tumorkranken, die in Tabelle 3 zusammengefaßt sind, durch den bösartigen Tumor selbst, d.h. durch ausgedehnte Metastasierung ad exitum kamen.

Die Zeit des Auftretens eines Haut-Tumors zwischen der Diagnosestellung und dem exitus letalis liegt zwischen 1 1/4 und 2 Jahren nach der hiesigen Statistik. Das durchschnittliche Lebensalter betrug(ohne die Melanom-Patienten)= 64 Jahre. Es kann anhand der vorliegenden Hautcarcinom-krankungen nachgewiesen werden, daß sie besonders in höherem Lebensalter auftreten. Wie aus der Literatur bekannt (vergl. Korting: " Die Haut im Alter und ihre Krankheiten", Schattauer Verlag) liegen sie mit ihrem Häufigkeitsgipfel im 7. De-zenium.

In der Tabelle 3 sind aber noch andere auch zum letalen Ausgang führende Erkrankungen aufgezeichnet.

Die "Retikulosen" sind eine irreversible autonome Proliferation des RES von systemgebundenem Neoplasiecharakter , die sich meistens im Bereich des Hautorgans entwickelt . Es betrifft bei dieser Aufstellung 3 Patienten, 2 männliche von 19 3/4 und 89,5 Jahren

sowie eine weibliche Patientin mit 89,5 Jahren. Das Durchschnittsalter aller drei beträgt 57,2 Jahre. Sie sind alle drei an hochgradiger Tumorkachexie mit invasiver Ausdehnung des Leidens verstorben. Die Erkrankungszeit betrug 5 Monate, 2 Monate und 5 Monate, im Durchschnitt insgesamt 4 Monate.

Von den chronischen polymorphen Lymphomen galt die Mycosis fungoides früher für das fortgeschrittene Alter als eine typische Erkrankung, aber Heite und Jocha konnten dies aufgrund ihrer Untersuchung verneinen. In dem zu bearbeitenden Zeitraum starben an der Mainzer Hautklinik 7 Patienten an Mycosis fungoides, darunter 2 Männer mit einem Durchschnittsalter von 62 Jahren und 5 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 77,8 Jahren, insgesamt Durchschnittsalter 69,8 Jahre. Die Patienten verstarben unter den Zeichen einer allgemeinen Kachexie mit ausgeprägtem Haut- und Organbefall. Der Beginn der Erkrankung bis zu deren letalem Ausgang betrug im Durchschnitt 9,6 Jahre. Der Letalitätsanteil der Mycosis fungoides beträgt 4,4 % und steht somit an 3.Stelle dieser Tabelle.

Von den sog. Collagenosen ist die progressive Sklerodermie mit 7 Patienten, die ad exitum kamen, mit einem Gesamtletalitätsanteil von 4,5% behaftet. Von diesen 7 Patienten sind 4 Frauen (75 Jahre, 75, 40 und 60 Jahre) mit einem Durchschnittsalter von 62,5 Jahren und 3 Männer (42 1/4, 71, 45 Jahre) mit einem Durchschnittsalter von 52,8 Jahren. Ein Gesamtdurchschnittsalter von 58 Jahren. Auffällig ist, daß die progressive Sklerodermie bei den ca. 40jährigen Patienten (3) eine wesentlich kürzere Erkrankungsdauer, nämlich die von 2 Jahren aufweist, als die von älteren Patienten mit dem Durchschnitt von 9,5 Jahren. Von diesen 7 Patienten wurden 3 Männer und 2 Frauen einer Obduktion unterzogen. Im Vordergrund stand in jedem Fall: Nephrosklerose bei Arteriolosklerose und Arteriosklerose, Lungen- und Myocardfibrose, insgesamt gesehen terminal ein ubiquitärer Organbefall durch interstitielle fibrotische Veränderungen (näheres Tabelle 3, S. 27).

Auch bei der Dermatomyositis handelt es sich hier um ältere Patienten. Ein Mann, Träger

eines Magen-Carcinoms mit 74 Jahren und eine Frau, die mit 81 1/4 Jahren ihrem Leiden erlegen waren. Bei beiden Patienten verlief die Krankheit sehr schnell, d.h. innerhalb von 2 bis 2 1/2 Monaten kam es zum Exitus. Dazu ist zu sagen, daß es gerade bei diesen zwei Patienten schwierig war, zu entscheiden, ob letztlich die Dermatomyositis den Tod herbeigeführt hat. Aus den Krankenunterlagen geht jedoch hervor, daß bei beiden eine ausgedehnte Skelettmuskulatur- und Intercostalmuskulaturbeteiligung vorlag, und daß diese Beteiligung letztlich für eine nicht überwindbare Pneumonie bzw. Lungenödem verantwortlich zu machen war.

Ein akuter Lupus erythematoses trat bei einem 18jährigen männlichen Patienten mit einer Erkrankungsdauer von 5 3/4 Jahren auf. Die Obduktion ergab eine Polyserositis (Hydrothorax, Hydroperikard, Aszitis), akute hämorrhagische Glomerulonephritis und Endokarditis sowie subpleuraler und intrapulmonaler Blutungen.

Ein ähnliches Ende nahm eine 47jährige Patientin mit einem chronischen Lupus erythematoses mit akutem Schub mit einer Erkrankungsdauer von ca. 11 Jahren.

Noch 2 dermatologische Grunderkrankungen führten ad exitum: eine 34jährige Patientin mit einer Epidermolysis bullosa acuta toxica (Lyell-Syndrom) durch eine Penicillin-Injektion ausgelöst mit einer Erkrankungsdauer von 19 Tagen, und ein 24jähriger Mann mit einer Elastosis perforans serpiginosa durch einen Nierenarterienabriß.

Damit sind die Todesfälle, die durch eine dermatologische Grundkrankheit in der Universitäts-Hautklinik Mainz bedingt sind, in Kürze besprochen. Auf Einzelheiten der Kasuistik, der Diagnose und der Therapie wurde in diesem Zusammenhang verzichtet. Aus der Tabelle 3 geht hervor, daß die Todesfälle mit einer dermatologischen Grunderkrankung fast ausschließlich aus dem malignen Formenkreis stammen, während noch in vorangegangenen Übersichten andere

nicht-maligne dermatologische Grunderkrankungen ad exitum führten,-wie bereits vorher besprochen.

Aus der Tabelle 3 geht der Anteil der Patienten, der an einer dermatologischen Grunderkrankung ad exitum geraten ist, mit 39,5% hervor. Es starben aber, wie aus Tabelle 2 ersichtlich ist, noch mehrere Patienten an einer dermatologischen Erkrankung. Jetzt werden die Patienten in Tabelle 4 aufgeführt, die durch eine Komplikation ihrer dermatologischen Erkrankung ad exitum geraten sind.

Herpetologische Todesfälle verursacht durch eine Komplikation der dermatologischen Grundkrankheit

Krankheits- ursache	Todesursache	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
Herpes zoster	1. general. H. z., HKV 2. Herpes zoster und Encephalitis: Meningismus, Verwirrheitszustände, akutes HKV. 3. Decubital-ulcera, Marasmus seniles, HKV	3	1	2	90 83,5
Unterschenkel-phlegmone	perinephritischer Abszess, zuu. Kachexie, Diabetes mellitus	1		1	76,5
Erysipel re. Fuß bei Phlebothrombose	Lungenembolie, frische Encephalomalazie m. Hämiparese re. bei Thrombose d. A. Carotis interna li., Hypertonie	1		1	80
Gener. Soor, Decubital-ulcera	cerebr. Insult, Bronchopneumonie	1	1		75
Septikämie: Erysipel toxica bei Lues latens	acutes HKV, großflächige Exulceration	1		1	74

HKV = Herz-Kreislauf-Versagen

Tabelle 4

Dematologische Todesfälle verursacht durch eine Komplikation
der dermatologischen Grundkrankheit

Diagnose	Todesursache	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
Verbrennung 2. b. 3. Grades d. li. Gesichtshälfte u. Ohr	HKV	1		1	86
Serofuloderm	Mesenterialvenenthrombose, Stauungspneumonie, li. - Herzversagen	1		1	75
Thrombophlebitis superficialis	Lungenembolie	1		1	67
Elephantiasis beider Oberschenkel, Tinea pedum	Herzversagen bei Kammerflimmern, Verdacht auf Herzinfarkt	1		1	58
Alterspemphigus	1. Kreislaufinsuffizienz Lungenödem, Embolie 2. Bronchopneumonie, Kreislaufversagen 3. acutes Herzversagen, arterielle Verschlusskrankheit li. Unterschenkel 4. acut protrahiertes li. Re-Herzvers. bei akutem Abdomen, Verwirrheitszust.	4	1	1	84 79 90 84

Tabelle 4

Dermatologische Todesfälle verursacht durch eine Komplikation
der dermatologischen Grundkrankheit

Diagnose	Todesursache	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
Pemphigus vulgaris	HKV, Zeichen des Seniums	1		1	89
Pemphigus follicaceus	1. HKV, Lungeninfektion-Bronchial-Carcinom 2. HKV nach gynäkol. OP (Ovarial-Ca)	2	1	1	79 44,5
Dermatitis herpetiformis Duhring	1. Lungenembolien, Parotitis, HKV 2. acuter Exitus durch Embolie	2		1	83 67,5
arterielle Verschlusskrankheit	1. HKV 2. Lungenödem 3. Myocardinfarkt, Apoplexie 4. Lungenembolie 5. Kreislaufversagen, Niereninsuffizienz, Urämie 6. Herzstillstand, Marasmus seniles m. Ulcera 7. Magenneoplasma, schlechter AZ, HKV	7		1	69 67 64 62 77 77 78

Tabelle 4

Dermatologische Todesfälle verursacht durch eine Komplikation
der dermatologischen Grundkrankheit

Diagnose	Todesursache	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
arteriosklerotische Gangrän	1. Lungenembolie	2		1	75
	2. Lungenembolie			1	80
diabetische Gangrän	1. Lungenembolie, HKV	3	1		70
	2. Herzblock, rez. Lungenembolien			1	61
	3. apoplektischer Insult			1	78
Sepsis	1. Myocardinfarkt	11		1	66
	2. metabolische Acidose, dekompensierte Herz- u. Kreislaufinsuff., arteriosklerotische Hautinfakte		1		68
	3. HKV, Cerebralsklerose	1			83
	4. Bronchopneumonie, Cerebralsklerose			1	77
	5. HKV b. allgem. Gefäß- sklerose, Herzinsuff., Decubitalulcera			1	83
	6. kardiale Insuffizienz			1	75
	7. Lungenembolie, Ödem, Lungenödem			1	77

Tabelle 4

Dermatologische Todesfälle verursacht durch eine Komplikation
der dermatologischen Grundkrankheit

Diagnose	Todesursache	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
Ulcus cruris	8. Bradycardie mit Asystolie			1	74
	9. Re-Infarkt, absol Arrhythmie			1	75
	10. Lungenembolie, akutes Rechtsherzversagen			1	79
	11. Herzinfarkt, akutes HKV			1	70
Capillaritis alba	akutes Herzversagen	1		1	83
Phlegmasia cerulea dolens	Uramie mit HKV	1	1		81
Multiple spinocell. Carcinome auf Seemanns-Schial-Carcinom haut	Lungenödem bei met. Bronchial-Carcinom	1	1		68
Sézary-Syndrom	1. Bronchopneumonie mit Herzversagen	2	1		61
	2. dekompensiertes Herzversagen			1	75

Tabelle 4

Dermatologische Todesfälle verursacht durch eine Komplikation
der dermatologischen Grundkrankheit

Diagnose	Todesursache	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
progressive Sklerodermie	1. ausged. Hinterwandinfarkt 2. met. Bronchial-Ca	2	1	1	67 64
Rothmund-Thomson-Syndrom	akutes Kreislaufvers. gr. Decubitalulcus, Pneumonie m. Erguß, Poikilodermie, Straffung des Gesichts, Atrophie d. Haut und des ges. Integuments, Ankylose der Gelenke, Atrophie d. Skelettmuskulatur	1		1	48
Morbus Recklinhausen	Verschlußikterus durch met. Magen-Ca, Ileus	1	1		57
multiple Keratoakanthome bei sideroachron. Anämie	doppels. Pneumonie	1	1		49
Melanocerylnodermie	akutes Herzversagen	1	1		66

Tabelle 4

Dermatologische Todesfälle verursacht durch eine Komplikation
der dermatologischen Grundkrankheit

Diagnose	Todesursache	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
seborr. Alterserythro- dermie	1. HKV, Zustand nach Apoplexie, Arterio- sklerose 2. Pneumonie, Kachexie, Colon-Coecal-Ca mit Blutungen, keine Metastasen	2	1		86 91
psoriatische Erythro- dermie	hydropisch dekompensierte Herzinsuffizienz, Lungen- embolie	1	1		71
Psoriasis arthropathica	1. Lungenödem, Amyloidose Anasarca 2. rez. Encephalomalazie 3. Kreislaufversagen, Nephrosklerose, Niereninsuffizienz	3		1	48,5 66 70

Tabelle 4

Dermatologische Todesfälle verursacht durch eine Komplikation
der dermatologischen Grundkrankheit

Diagnose	Todesursache	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
Plasmocytom und Systemmyelomatose	Herzversagen	1	1		61
Melanom	keine Metastasierung, pyocyaneus-Infektion, Bronchopneumonie, HKV	1		1	81
diffus-kleinknotige Reticulose	fulminante Lungenembolie	1	1		81
multiple Metastasen eines Mamm-Ca	1. Myocardinfarkt 2. Lungenembolie	2		1 1	51 48
		65 = 41,4	28	37	71,3

Die Tabelle 4 zeigt, daß es sich dabei um 65 Patienten handelt = 41,4 % mit einem Durchschnittsalter von 71,3 Jahren.

An erster Stelle stehen bei dieser Zusammenstellung die Patienten mit arteriellen Verschußkrankheiten, einschl. der diabetischen und arteriosklerotischen Gangrän. Es ist auffallend, im Vergleich mit den anderen Übersichten, wie erheblich diese Erkrankung zugenommen hat. Es liegt sicher nicht nur an einer echten Zunahme der Erkrankung, sondern diese Zunahme liegt wohl wesentlich auch im Erreichen eines höheren Lebensalters begründet.

Es steht ferner außer Zweifel, daß bei diesen älteren Patienten sehr häufig ein multimorbides Krankheitsbild besteht und daß es dadurch oft sehr schwierig ist, auch nach genauer Durchsicht der Krankenblattunterlagen und der evtl. vorhandenen Autopsieprotokolle die jeweilige Erkrankung für den Tod verantwortlich zu machen. Vielmehr ist es häufig so, daß alle Komponenten (allgemeine Verbrauchser-

scheinung, Arteriosklerose, Abnahme der Abwehrkräfte usw.) zusammenwirken, um letztlich den Tod zu verursachen, wobei eine an sich harmlose Erkrankung dann der letzte Anstoß ist, um das Ende zu bedingen. Das Durchschnittsalter dieser Patientengruppe (arterielle Verschlußkrankheiten, arteriosklerotische und diabetische Gangrän) liegt bei insgesamt 70,9 Jahren , und es ist deshalb nicht verwunderlich, daß diese Patienten häufiger durch Komplikationen ihrer dermatologischen Erkrankung ad exitum geraten.

In der Krankheitsgruppe der arteriellen Verschlußkrankheiten befinden sich 5 Männer und 2 Frauen. Die häufigsten Komplikationen waren bei den 7 arteriellen Verschlußkrankheiten:

1 Myocardinfarkt, 1 Lungenembolie, 1 Kreislaufversagen bei Marasmus-seniles mit Ulcerationen, 2 Herz-Kreislauf-Versagen aufgrund einmal eines bestehenden Magen-

neoplasmas bei schlechtem AZ, das 2. wegen Herz-Kreislaufversagens aufgrund zunehmenden Verfalls bei fortgeschrittener allgemeiner Sklerose und Verschluß. 1 Lungenödem trat einmal auf bei schwerer allgemeiner Arteriosklerose und letztlich eine Thrombose der tiefen Beinvenen mit rezidivierenden Lungenarterienembolien.

Bei der arteriosklerotischen Gangrän (2 Frauen, Durchschnittsalter 77,5 Jahre) und der diabetischen Gangrän (1 Mann 70 Jahre, 1 Frau 61 Jahre, 1 Frau 78 Jahre, mit einem Durchschnittsalter von insgesamt 69,7 Jahren) trat der Exitus bei der arteriosklerotischen Gangrän in beiden Fällen durch eine Lungenembolie auf, bei der diabetischen Gangrän ebenfalls beide Male durch Lungenembolie; einmal durch einen apoplektischen Insult.

Das "ULcus cruris" führte durch eine Komplikation 11x ad exitum. Es waren 8 weibliche Patienten und 3 männliche Patienten. Das

Durchschnittsalter der weiblichen Patienten betrug 73,6 Jahre, das der männlichen 76 Jahre, zusammen Durchschnittsalter 74,8 Jahre. Der Exitus erfolgte 2 x durch Lungenembolie, 2 x durch einen akuten Myocardinfarkt und einmal durch einen Reinfarkt. Die dekompensierte Herzinsuffizienz war bei 2 Patienten die Todesursache, und Herz-Kreislaufversagen bei allgemeiner Gefäß- und Cerebralsklerose ebenfalls für 2 Patienten. Ein anderes Mal war es eine Bradycardie mit Asystolie und letztlich eine Bronchopneumonie bei Cerebralsklerose.

Betrachtet man die arteriellen Verschlußkrankheiten, die diabetische Gangrän und das Ulcus cruris als eine Krankheitsgruppe von "Gefäßkrankheiten" in dieser Tabelle, so erscheint diese an 1. Stelle, danach die Pemphigusgruppe an 2. Stelle.

Pemphigus vulgaris betrifft eine Frau von 89 Jahren, ein Pemphigus foliaceus einen Mann von 79 Jahren und eine Frau mit 44 Jahren

(an den Folgen einer gynäkologischen OP). Sie starben alle an Herz-Kreislauf-Versagen. Bei den Kranken mit Alterspemphigus handelt es sich um 4 Patienten (2 Männer: 84 und 90 Jahre alt und 2 Frauen: 79 und 84 Jahre alt) mit einem Durchschnittsalter von 84,3 Jahren. Auch sie starben nicht an ihrem Pemphigusleiden, sondern einmal an der Bronchopneumonie, einmal an einem embolischen Geschehen mit Lungenödem und die dritte Patientin an akutem Herzversagen bei arterieller Verschußkrankheit, der 4. Patient an einem Herz-Kreislaufversagen infolge akuten Abdomens mit Verwirrheitszuständen. In diesem Zusammenhang wird noch einmal auf Seite 48/49 verwiesen.

Bei der Dermatitis herpetiformis Duhring kamen beide Patienten (Durchschnittsalter 75 Jahre) akut an den Folgen einer Lungenembolie ad exitum.

Die Erythrodermie, die in der Tübinger Liste mit 3,11 % des Letalitätsanteiles steht, betrifft heute 4 Patienten mit 2,5%

Letalitätsanteil, ebenfalls Patienten

im höheren Alter (66, 86, 91, 71).

In dieser Aufstellung sind es 4 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 78,5 Jahren.

Sie kamen durch die Folgen einer Lungenembolie einmal, das 2. Mal durch Pneumonie und Kachexie bei Colon-Carcinom ohne

Metastasierung und zwei Patienten an Herz-Kreislaufversagen (einmal durch einen Zustand nach apoplektischem Insult bei Arteriosklerose und einmal an schwerer Koronarsklerose) ad exitum.

Bei der progressiven Sklerodermie trat einmal ein ausgedehnter Hinterwandinfarkt, bei einer zweiten Patientin ein metastatisches Bronchialcarcinom als Komplikation auf.

Die noch im einzelnen verbleibenden Komplikationen bei dermatologischen Krankheiten betreffen 4 Lungenembolien, 2 Myocardinfarkte, 5 Herz- und Kreislaufversagen, 3 Pneumonien und ein apoplektischer Insult, ein metastasierendes Bronchialcarcinom, Verschlüßkterus durch ein metastasierendes Magencarcinom, eine Pyoceaneus-Infektion und Urämie.

Die sechs häufigsten Komplikationen
einer dermatologischen Erkrankung sind
die folgenden:

- | | |
|---|------|
| 1. Lungenembolie | 13 x |
| 2. Herz-Kreislaufversagen | 12 x |
| auf dem Boden einer
bekannten Herzinsuffizienz,
einer allgemeinen Gefäß-
bzw. Coronarsklerose,
Marasmus senilis | |
| 3. Bronchopneumonie | 7 x |
| 4. Myocard-und Myocard-
Reinfarkt | 6 x |
| 5. apoplektischer Insult | 4 x |
| 6. maligne Neubildungen | 4 x |

Hierbei ist auch das durchschnittliche
Lebensalter dieser Patienten zu berück-
sichtigen, denn es liegt immerhin bei
71,3 Jahren im Vergleich zu Tabelle 3
mit einem Alter von 56,3 Jahren.

Sind jetzt die Todesfälle besprochen, die aufgrund ihrer dermatologischen Grunderkrankung (39,5 %) bzw. Komplikation ihrer dermatologischen Krankheit (41,4 %) ad exitum geraten sind, so stehen dem noch Todesfälle mit einem dermatologischen Krankheitsbefund, verursacht durch eine nicht-dermatologische Grunderkrankung gegenüber (s. Tabelle 5).

Tabelle 5

Verhältnis von nicht-dermatologischem Krankheitsbefund verursacht durch eine nicht-dermatologische Grunderkrankung

nicht-dermatologische Diagnose	nicht-dermatologische Grunderkrankung	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
Ulcerationen der Haut	1. Niereninsuffizienz, Urämie	2		1	78
	2. Prostata-Carcinom-Metastasen		1		75,5
Decubitalulcera	1. multiple Sklerose, Soor	2		1	72,5
	2. Morbus Bechterew		1		64
Ulcus cruris	1. Prostata Carcinom mit globaler Herzinsuffizienz	2	1		75
	2. Leberzirrhose, dekompensierte Niereninsuffizienz, akutes Nierenversagen			1	77
					56
Thrombophlebitis	Colon-Carcinom	1		1	76
Polyphlebitis	Prostata-Carcinom	1	1		57
Erysipel	Intracerebraler Prozeß	1		1	81
Herpes zoster	Lymphosarkom	1			67,5
Vegetierende Pyodermie	Panzytopenie	1	1		28
Primäre Erythrodermie	Morbus Hodgkin	1	1		71,5

Tabelle 5

Todesfälle mit dermatologischem Krankheitsbefund verursacht durch eine nicht-dermatologische Grunderkrankung

dermatologische Diagnose	nicht-dermatologische Grunderkrankung	Gesamt	Männer	Frauen	Alter
Ausgeprägte leukämische generalisierte Erythrodermie mit Blutung in Effloreszenzen	chronisch lymphatische Leukämie	1	1		69
Hautmetastasen eines Mamma-Ca	metast. Mamma-Carcinom	10		10	56,65
Hautmetastasen eines Colon-Ca	Uterus colli-Carcinom	1		1	54
Hautmetastasen eines Skrotal-Ca	Skrotal-Carcinom	1	1		55
Hautmetastasen eines Plattenepithel-Ca	Plattenepithel-Carcinom	1	1		61,5
multiple cutane Plasmocytome mit Tumorabbau	Plasmocytom	1	1		67
Mykoplasmakutis	Miliartuberkulose (Lunge, Leber, Milz)	1		1	77
		28	10	18	66,5
		17,8 %			

An erster Stelle stehen hier die cutanen Metastasen eines extracutanen Primärtumors. Nach M.Hagedorn, G.F.Hauff, C.Thomas in "Paraneoplasien, Tumorsyntropien und Tumorsyndrome der Haut", Springer Verlag Wien-New York, S. 113), stellen bei 7,2% der malignen Tumore die Metastasen das erste klinische Zeichen des Geschwulstleidens dar. Zu den häufigsten Lokalisationen dieser Absiedlung zählen die Bauch- und Halslymphknoten, sowie die Leber. Die Haut nimmt in der Häufigkeitsskala der metastatisch befallenen Organe den 7. Rang ein. Unter den später nachgewiesenen Primärtumoren stehen die Lungen- und Mammacarcinome an 1. und 2. Stelle.

In dieser Arbeit sind es die cutanen Metastasen eines Mamma-Carcinoms bei 10 Patientinnen, die alle an einer generalisierten Metastasierung ad exitum gerieten, deren Durchschnittsalter 56,6 Jahre betrug.

Ein Scrotal-Carcinom mit Hautmetastasen, ein Plattenepithelcarcinom mit cutanen Metastasen, ein Plasmocytom mit multiplen cutanen Plasmocytomen und ausgeprägter Innenorganbeteiligung sind ferner in dem Beobachtungsgut.

Über die Anzahl der Patienten mit cutanen Metastasen eines extracutanen Primärtumors ist auf Seite 17 berichtet. Sie liegt mit 8,9 % des Letalitätsanteiles an der Spitze dieser Erkrankungsgruppe und zeigt eine Zunahme gegenüber vorausgegangenen Arbeiten.

Das Bild einer primären Erythrodermie bestand bei einem Morbus Hodgkin, das der vege-

tierenden Pyodermie bei einer Panzytopenie, und eine ausgeprägte leukämische generalisierte Erythrodermie lag bei einer lymphatischen Leukämie vor. Ein Herpes zoster bestand symptomatisch in Begleitung eines Lymphosarkoms, ein Erysipel bei einem intracerebralen Prozeß, eine Thrombophlebitis bei einem Colon-Carcinom. Ein Ulcus cruris bei Leberzirrhose und dekompensierter Niereninsuffizienz mit Urämie, Dekubitalulcera bei einem Morbus Bechterew und noch einmal in Begleitung einer multiplen Sklerose mit Soor. Gesamtulcerationen der Haut haben in 2 Fällen, in einem bei einem metastatischen Prostatacarcinom, zum zweiten bei Niereninsuffizienz mit letaler Urämie, bestanden. Eine Tuberkulosis cutis stand in Zusammenhang mit einer Miliartuberkulose.

In dieser Tabelle 5 sind 28 Patienten = 17,8% erfaßt. Es fehlen also noch 2 Patienten, die keiner bisherigen Gruppe zugehörig sind. Es sind Patienten, deren Todesursache nicht sicher geklärt werden konnte. Es handelte sich um eine Patientin mit

Erysipel bei Pickwick-Syndrom mit Adipositas permagna, die Sektion wurde abgelehnt; ein zweiter Exitusfall trat durch Suizid beim Morbus Darier auf, siehe Tabelle 6.

Tabelle 6

Todesfälle von Hautkrankheiten mit unbekannter Todesursache

Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
Morbus Darier (Suizid)		1	1
Erysipel bei Pickwick-Syndrom		1	1
		<u>2</u>	<u>2</u>
Durchschnittsalter	59 Jahre	2	2 - 1,3

Damit sind alle 157 ad exitum gekommenen Patienten einer bestimmten Gruppe (Tabelle 3,4,5,6) zugehörig besprochen. Die Tabelle 7 gibt noch einmal einen Gesamtüberblick.

Letalitätsanteil der 157 verstorbenen Patienten nach voraus-
gegangenen Gruppierungen:

Tabelle 7

	Gesamt	%	Durch- schnitts- alter	männl. %		weibl. %	
Dermatologische Grunderkrankung (Tabelle 3)	62	39,5	56,3	30	19,1	32	20,4
Komplikationen der dermatologi- schen Grunderkrankung (Tabelle 4)	65	41,4	71,3	28	17,8	37	23,6
Dermatologische Erkrankung bei nicht-dermatologi- scher Grunderkrankung (Tabelle 5)	28	17,8	66,5	10	6,4	18	11,4
ungeklärt (Tabelle 6)	2	1,3	59	-	-	2	1,3
	157 =	100	63,4	68	43,3	89	56,7

Zusammenfassend läßt sich aussagen, daß in der Universitäts-Hautklinik Mainz vom 1.4.1969 bis 31.10.1978 157 Patienten ad exitum kamen, was einem Letalitätsanteil von 1,2% (siehe Tabelle 1 und 2) entspricht.

Von diesen 157 Patienten erlagen 39,5 % (19,1 % männlich, 20,4 % weiblich) ihrer dermatologischen Grunderkrankung (s. Tabelle 3).

An Komplikationen der dermatologischen Erkrankung kamen 41,4 % (17,8 % männliche, 23,6 % weibliche) Patienten ad exitum, (s. Tabelle 4).

17,8 % der Patienten (6,4 % männlich, 11,4 % weiblich) kamen davon durch eine nicht-dermatologische Erkrankung, jedoch mit dermatologischen Krankheitszeichen zu Tode (s. Tabelle 5).

Bei 1,3 % (weiblich) konnte die Todesursache nicht geklärt werden (s. Tabelle 6).

Wenn man somit anhand der vorgeführten Letalitätsindizes bedenkt, daß rund 1 % aller in der Dermatologischen Universitätsklinik Mainz, in der Zeit vom 1.4.1969 bis 31.10.1978, behandelten Patienten mehr oder weniger durch ihr dermatologisches Grundleiden oder an einer Komplikation einer hierfür charakteristischen Erkrankung verstarben, so ergibt sich daraus, daß der Tod durch eine Hautkrankheit für die Gesamtbevölkerung keineswegs eine vernachlässigungsfähige Bedeutung hat. Dies gilt um so mehr, wenn man sich - trotz des therapiebedingten Rückgangs des Todes durch blasenbildende Krankheiten, Verbrennungen und dem früher häufig beachtlichen Tode durch venerische Krankheiten - die steigende Todesrate durch maligne Hautkrankheitszustände vor Augen hält.

Literatur

- Ahrens, H.: Mortalitätsstatistik
der Universitätshaut-
klinik
Würzburg 1952
- Bryde, H.: Letalitätsstatistik
der Universitäts-
hautklinik Tübingen
von 1957-1966
- Gottron u. Schönfeld: Dermatologie und
Venerologie,
Stuttgart, Thieme
1958
- Gottron, H.A. und
G.W. Korting: Dermatologische
Letalitätsprobleme
in Dermatologie und
Venerologie, V/1 1963,
Thieme
- Grigull, D.: Letalitätsstatistik
aus der Universitäts-
hautklinik Leipzig
1920 - 1957
Inaug.Diss. 1961
- Hauff, G.: Letalitätsstatistik
aus der Universitäts-
hautklinik Tübingen
in den Jahren 1945-
1955 einschl. letal
endender Erkrankungen,
1956
- Herchenheim, W.: Aufschlüsselung der
Todesfälle der Univ.-
Hautklinik Hamburg -
Eppendorf im Hinblick
auf den Zusammenhang
zwischen dermatologischer
Erkrankung und Todesursache
während der Jahre 1950-
1969
Inaug.Diss. 1974
- Hagedorn, M., Hauf, H.F.,
C. Thomas: Paraneoplasien, Tumorsyntropien
und Tumorsyndrome der Haut.
Springer Verlag, 1978 S. 113

- Korting, G.W.: Die Haut im Alter und ihre Krankheiten.
Schattauer Verlag 1973,
- Korting, G.W., N.Hoede u. R.Gebhardt: Kurzer Bericht über einen maligne entarteten Spiegler-Tumor.
Derm.Wschr. 156, 141-147, 1970
- Korting, G.W. u.K.Bork: Das maligne Melanom.
Dtsch.Arztebl. 74, 2211-2216, 1977
- Korting, G.W. u.R.Denk: Zwischenbericht über einige Letalitätsdaten aus einer Hautklinik.
Zschr.Haut-Geschl.Krkh. 44, 377-383, 1969
- Levan, P. u. Th.Sternberg: Study of one hundred and twenty Deaths occurring in a dermatologic Service.
Arch.Derm.Syph. 59, 101-111, 1949
- Maasböl, A.: Mortalitätsstatistik aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Charité zu Berlin in den Jahren 1920-1934
Inaug.Diss.Berlin 1935
- Masius, W.G.: Letalitätsprobleme in der Dermatologie 1967
- Meyer, R.: Sterbefälle an der Hautklinik Mannheim.
Vergleichende Betrachtung über die Sterbefälle der Mannheimer Hautklinik in den letzten 30 Jahren.
Derm.Wschr. 150, 295-302, 1964

Miersch,H.:

Zur Letalität von
Dermatosen. Untersuchungen
anhand des Krankengutes der
Hautklinik der Humboldt-
Universität Berlin
1950- 1968
Berlin 1969

Poulakos,M.:

Katamnestische Unter-
suchungen des Schicksals
von 95 Melanompatienten.
Inaug.Diss. Mainz 1971

Herrn Prof.Korting gilt mein tiefer Dank
für die freundliche Überlassung des Themas
und die mir gewährte großzügige Unter-
stützung.

Lebenslauf

Als Tochter des Revisors Hans Hoffgaard,
geb.: am 02.01.1905 und dessen Ehefrau
Lieselotte, geb.: Gaedeke, geb.: am
26.11.1910 wurde ich am 31.05.1935 in
Rostock geboren.

1941 wurde ich in der St.Georg-Volksschule
in Rostock eingeschult, wechselte infolge
der Kriegs- und Nachkriegswirren gezwungener-
maßen mehrfach die Wohnorte und damit die
Schulen. 1953 schloß ich dann wiederum in
Rostock die Schulausbildung mit dem Abitur
ab.

Im Dezember 1953 begann ich das Medizin-
studium an der Universität Rostock. Nach
dem 4.Semester legte ich 1955 das Physikum
ab, studierte dann weiterhin an der Medi-
zinischen Fakultät Rostock.

1958 mußte ich aus politischen Gründen in
die Bundesrepublik übersiedeln. Mein Studium
setzte ich im Wintersemester 1959 an der
Universität Hamburg fort, und beendete dieses
am 06.12.1960 mit dem medizinischen Staatsexamen.

Anschließend begann meine Medizinalassistentenzeit.

15.12.60 - 31.12.61	im	Rotes-Kreuz- Krankenhaus in Neuwied	chirurgische Abteilung
01.01.62 - 30.09.62	"	"	Geburtshilfl.- gynäkolog.Abt.
08.10.62 - 15.05.63	"	Krankenhaus Marienhof in Koblenz	Innere Abt.

08.04.63 erhielt ich meine Approbation.

Vom 20.05.63 - 30.06.64 arbeitete ich als Assistentin auf der chirurgischen Abteilung des Diakonissen-Krankenhaus Bad Ems. In dieser Zeit zog ich mir eine Hepatitiserkrankung mit jahrelangem Heilungsverlauf zu und verrichtete keine ärztliche Tätigkeit.

Ab 19.05.69 - 31.12.78 war ich als Assistentin auf der chirurgischen Abteilung der Privat-Klinik Dr. Franzky in Neuwied 23 beschäftigt.

